|  |  |
| --- | --- |
| Α Ι Τ Η Σ Η**ΕΠΩΝΥΜΟ:**……………………………………..**ΟΝΟΜΑ:** ………………………………………..**ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:**………………………………….. **ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:** ………………………………….**ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:**……………………………..**ΘΕΣΗ ΟΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΩ:**…………………….. ……………………..…………………………….**ΒΑΘΜΟΣ:** …………….. **Μ.Κ.:** …………………**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:**……...……..…………….. ……………………………**Τ.Κ:**………….…..…….**ΠΟΛΗ:** ……………………………………………**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**: …………………….………..ΘΕΜΑ: Χορήγηση αναρρωτικής άδειας.**Ημέρες αναρρωτικής άδειας μέσα στο έτος: …………………….****Σέρρες,** ……../……../…….. | Π Ρ Ο Σ**Τον Διευθυντή Π.Ε. Σερρών** Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε αναρρωτική άδεια ……………….. (…..……) ημέρ…..… από ……………………. μέχρι και…………………………σύμφωναΜε τη συνημμένη Υπεύθυνη Δήλωση // Ιατρική Γνωμάτευση  Ο – Η ΑΙΤ……..  ……………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |